

“ M. Bandler (*Arch. f. Dermat. und Syph.*) rapporte l'histoire d'un malade qui présentait à son entrée à l'hôpital des signes manifestes de syphilis héréditaire, ulcérations, gommès, et, en même temps, de diabète insipide, polyurie et polydipsie. Le malade rendait, par jour, douze à quatorze litres d'une urine claire, d'une densité de 1.003 à 1.404, ne renfermant, ni sucre ni albumine, ni cylindres ; il buvait jusqu'à 14 litres d'eau. L'auteur fit l'épreuve de la glycosurie alimentaire, qui fut négative après l'absorption de 300 gr. de sucre de raisin. Il institua le traitement spécifique d'iodure de potassium et frictions mercurielles. Les urines diminuèrent progressivement et, de huit litres avant le traitement, tombèrent à six litres et enfin à deux litres ; en même temps les ulcérations gommeuses se détachèrent, bourgeonnèrent, la polydipsie disparut. M. Bandler pense que le diabète insipide était causé par la syphilis et non surajouté à elle. Il rappelle les observations analogues qui ont été publiées, depuis 1872, par différents cliniciens, où l'autopsie a révélé des lésions de syphilis concomitante ; tels sont le cas d'Ebstein (1872), Demme (1879), Morin (1888), Lemoutchi (1891), Staub (1896), etc.”

Le diabète insipide présente d'ordinaire certains caractères principaux qui consistent dans la polydipsie, la polyurie, la sécheresse de la langue et de la peau, l'anémie et le dépérissement.

A première vue, ces caractères paraissent très nets. Il ne nous permettent guère pourtant de nous prononcer, dans chaque espèce particulière, d'une façon précise sur le degré de gravité du mal. De là, les divergences relevées par Laveran et Teissier, chez les auteurs qui se sont occupés de la question :

“ Le diabète insipide est une maladie bénigne pour les uns (Grisolle), une névrose du pneumogastrique, entraînant la polydipsie et la polyurie à sa suite (Lacombe, 1841) ;

c'est une maladie grave pour les autres ; il alterne avec le diabète sucré et doit se confondre avec lui (Bonilland, Eliotson, Traube, Jones, Trousseau) ; il peut être une affection consomptive (Prout, Bostock, Bouchardat) ; il peut conduire à la phthisie pulmonaire (Kiener), il y aboutit tôt ou tard (Kerth). D'après Lancereaux, il est incapable de causer des troubles visuels ou la cataracte, ce que conteste Galezowski, ou des altérations du tissu cellulaire et de la peau, ce qu'affirment possible Laveran et Teissier ; Strange a noté une sensation incommode de chaleur ; Kiener croit avoir observé un abaissement thermique.”

En présence de pareilles contradictions, comment arriver à se reconnaître ?

Je crois, d'abord en cela avec Laveran et Teissier, que notre premier soin, quand nous aurons affaire à un diabète insipide quelconque, sera de rechercher les caractères chimiques et microscopiques de l'excrétion urinaire.

Y a-t-il diabète insipide ou hydrurie ?— Diabète albumineux ?—Diabète azoturique ?—Diabète salin (oxalurique ou phosphaturique) ? Voilà le point qu'il faudra éclaircir avant tout. Une fois fixés à cet égard, notre tâche sera des plus faciles.

Le cas de diabète insipide vrai, suppose presque toujours l'hystérie ou la névropathie, et il est par conséquent justiciable de la strychnine, de l'hyosciamine, du bromure de camphre, des reconstituants et de l'hydrothérapie.

On sait d'ailleurs que chez les hystériques et les névropathes, la polyurie peut exister toute la vie et n'entraîner aucun trouble sérieux dans l'état général, comme elle peut disparaître à certains moments pour reparaître un peu plus tard. L'on n'a, par conséquent, qu'à soigner la maladie nerveuse en elle-même, sans se préoccuper autrement de ce symptôme d'importance minime.

Quand nous serons aux prises avec un diabète insipide albumineux, nous aurons à nous demander s'il est dû à une maladie pri-